

## Сердечная недостаточность

**053 ФАТАЛЬНОЕ НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА У РЕБЕНКА С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ**Бордюгова Е. В.<sup>1</sup>, Конов В. Г.<sup>2</sup>, Сысоева Н. Л.<sup>2</sup>, Оноприенко З. С.<sup>2</sup><sup>1</sup>Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк<sup>2</sup>Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака, Донецк  
bordugova-ev@mail.ru

Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) — заболевание миокарда, характеризующееся, в большинстве случаев, злокачественным течением, резистентностью к проводимой терапии, гибелью пациента от нарастающей сердечной недостаточности и/или внезапно возникшего жизнеугрожающего нарушения ритма.

**Цель.** Ознакомить с тяжелым течением дилатационной кардиомиопатии.

**Материал и методы.** Анализ случая смерти ребенка с клиническими признаками дилатационной кардиомиопатии как проявления генерализованной цитомегаловирусной (ЦМВ) инфекции.

**Результаты.** Девочка, 1 года 2 мес., с отягощенным перинатальным анамнезом (36 нед. гестации, асфиксия умеренной степени), на искусственном вскармливании с 2-х мес. и поздним введением прикорма, в течение последних 3-х мес. трижды перенесла респираторную инфекцию. Получала симптоматическое лечение. Во время последнего эпизода на 5-й день болезни после исчезновения кашля появилось кряхтящее дыхание, наросла вялость, бледность кожных покровов, потливость, отказ от еды. В клиническом анализе крови нормохромная анемия легкой степени, лейкоцитоз —  $23,5 \times 10^9/\text{л}$ . На рентгенограмме органов грудной клетки — кардиомегалия. Эхокардиография: дилатация камер сердца, тотально снижена сократимость миокарда левого желудочка, фракция выброса — 33%, недостаточность митрального клапана II ст., недостаточность трикуспидального клапана II ст., открытое овальное окно — 0,38 см, давление в легочной артерии — 35,0 мм рт. ст. Ребенок экстренно госпитализирован в стационар. Установлен диагноз: “Кардит с исходом в ДКМП со снижением сократительной способности миокарда, сердечная недостаточность II а”. После приема пищи возникла рвота, ребенок обмяк, потерял сознание. На кардиомониторе зафиксирована наджелудочковая тахикардия 240 уд/мин, затем — желудочковая тахикардия с переходом в брадикардию — 20 уд/мин. Проводимые реанимационные мероприятия не дали успеха. Диагноз подтвержден патологоанатомически. Гистологически доказана генерализованная ЦМВ инфекция.

**Обсуждение.** Особенность клинического случая — длительное бессимптомное течение ЦМВ инфекции с формированием ДКМП, быстрым прогрессированием сердечной недостаточности и фатальным нарушением ритма сердца.

**Заключение.** Цитомегаловирусное поражение миокарда имеет тяжелое течение и неблагоприятный прогноз.

**054 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ОПТИМАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Ефремова Е. В., Шутлов А. М., Подусов А. С.

ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия  
lena\_1953@mail.ru

Распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) в настоящее время возрастает, что обуславли-

вает необходимость формирования удовлетворительной приверженности к оптимальной терапии (как медикаментозной, так и немедикаментозной), с учетом особенностей пожилых пациентов (коморбидности, хрупкости, когнитивного дефицита).

**Цель.** Изучить приверженность к оптимальной терапии (медикаментозной и немедикаментозной) у пациентов с ХСН старшей возрастной группы.

**Материал и методы.** Обследовано 80 больных (48 женщин и 32 мужчины, средний возраст  $70,1 \pm 9,7$  лет), находящихся на лечении в ГУЗ “Ульяновский областной клинический центр специализированных видов медицинской помощи имени заслуженного врача России Е. М. Чучкалова”. Диагностика ХСН проводилась в соответствии с рекомендациями по диагностике и лечению ХСН ОССН, РКО (Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН), 2016 г.). Коморбидность больных оценивали с помощью модифицированного индекса коморбидности Чарльсона (Патент РФ RU 2706975). Приверженность к лечению оценивали, используя опросник Мориски-Грина (ММАС-4, ММАС-8), синдром старческой астении — используя опросник “Возраст не помеха”, соблюдение рекомендаций по изменению образа жизни — путем анкетирования и интервьюирования. Для оценки когнитивного статуса использовался опросник MMSE, для оценки тревоги и депрессии использовалась — Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS). Работа выполнена при поддержке гранта Президента РФ (МК1812.2019.7) 2019г.

**Результаты.** У всех обследованных больных с ХСН причиной ХСН явилось сочетание ИБС и АГ. Медиана модифицированного индекса коморбидности Чарльсона с учетом возраста составила 5 (ИКР 4; 6) баллов. Синдром старческой астении наблюдался у 59 (73,6%) больных. У каждого пятого пациента с ХСН наблюдалась клинически выраженная тревога, у каждого шестого — клинически выраженная депрессия. У половины пациентов наблюдались предметные когнитивные нарушения, у 23 (29%) деменция легкой степени. При анализе приверженности к медикаментозной терапии удовлетворительная приверженность к терапии наблюдалась только у 32 (40%) пациентов. В структуре лекарственных препаратов 72 (90%) пациента принимали бета-адреноблокаторы, 71 (89%) — блокаторы РААС, 46 (57%) — антагонисты минералокортикоидных рецепторов. При анализе рекомендаций по изменению образа жизни физической активностью занимались 45 (56%) пациентов, 40 (50%) пациентов периодически взвешивались, 52 (65%) пациенты ограничивали соль в рационе. Низкая приверженность к терапии наблюдалась при нарастании когнитивного дефицита ( $r = -0,45$ ,  $p = 0,002$ ), старческой астении ( $r = -0,40$ ,  $p = 0,003$ ) и тревожности ( $r = -0,38$ ,  $p = 0,02$ ).

**Заключение.** Приверженность к оптимальной терапии (медикаментозной и немедикаментозной) у пациентов с ХСН старшей возрастной группы низкая, и наблюдается менее чем у половины больных. Неудовлетворительная приверженность к терапии усугубляется когнитивным дефицитом, хрупкостью и тревожностью, что характеризует данную когорту пациентов.

**055 РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТМ МИОКАРДА НА ВТОРОМ ЭТАПЕ**Карамова И. М.<sup>1</sup>, Кузьмина З. С.<sup>1</sup>, Абдюкова Э. Р.<sup>1</sup>, Столярова Т. В.<sup>1</sup>, Ясинская А. С.<sup>1</sup>, Газизова Н. Р.<sup>1</sup>, Голдобина Л. П.<sup>2</sup><sup>1</sup>ГБУЗ РБ Больница скорой медицинской помощи, Уфа, Россия<sup>2</sup>ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия  
nutta23@rambler.ru

**Цель.** Изучить влияние интервальных гипоксических тренировок (ИГТТ) на показатели внутрисердечной гемодина-

мики при реабилитации больных с инфарктом миокарда (ИМ) без зубца Q в подостром периоде.

**Материал и методы.** Обследованы 87 больных с ИМ без зубца Q в подостром периоде с хронической сердечной недостаточностью II-III функционального класса по NYHA (средний возраст  $61,4 \pm 4,2$  года). У всех пациентов было произведено стентирование 1 и более коронарных артерий за 14-16 дней до начала гипоксических тренировок. Больные ИМ без зубца Q в подостром периоде были рандомизированы конвертным методом на 2 группы. Первую группу составили 40 пациентов, получавших 15 ИГГТ в два подхода с разницей между ними в 1 месяц (аппарат ReOx, Германия). Вторую группу составило 47 больных, без применения ИГГТ. Группы были сопоставимы по возрасту, полу и базисной терапии. Контрольную группу составили 25 здоровых лиц. Для оценки эффективности ИГГТ пациентам выполняли тест с шестиминутной ходьбой (ТШХ), эхокардиографию с оценкой линейных и объемных показателей, индекса массы миокарда (ИММ) левого желудочка (ЛЖ).

**Результаты.** При присоединении к реабилитационному лечению ИГГТ установлено клиническое улучшение состоя-

ния пациентов. Дистанция 6-минутной ходьбы при присоединении ИГГТ увеличилась на 40,9 % ( $p < 0,05$ ), а без ИГГТ — на 28% ( $p < 0,05$ ), при этом у больных при использовании ИГГТ достигнуты значимые различия в сравнении с данными пациентов, без ИГГТ (13,7%;  $p < 0,05$ ). Наиболее существенные гемодинамические эффекты достигнуты при присоединении ИГГТ: значительно уменьшились параметры конечного диастолического (КДО) и систолического объемов (КСО) ЛЖ, и ИММ ЛЖ (14; 19,4; 11,6%;  $p < 0,05$ ). Показатели КДО и КСО ЛЖ с применением ИГГТ были на 12,4% и 16,2% ниже, чем у больных, без ИГГТ ( $p < 0,05$ ). Одновременно у пациентов, с присоединением ИГГТ, отмечено повышение фракции выброса (12,2%;  $p < 0,05$ ). У пациентов, без ИГГТ, зарегистрирована лишь тенденция к изменению показателей внутрисердечной гемодинамики.

**Заключение.** Реабилитация больных с ИМ без зубца Q с применением ИГГТ более существенно, чем без них, влияла на процессы ремоделирования миокарда, способствовала значимому снижению КДО и КСО, ИММ ЛЖ, повышению фракции выброса, а также приводила к достоверному повышению толерантности к физической нагрузке.

## Сомнология

### 056 НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ-ГИПОПНОЭ СНА

Бородин А. В.<sup>1</sup>, Коновалова О. С.<sup>2</sup>, Образцова Г. И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФБУЗ «НИИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

74alex0307@gmail.com

**Цель.** Изучить особенности нарушений ритма и проводимости сердца у детей с подозрением на синдром обструктивного апноэ-гипопноэ сна (СОАГС).

**Материал и методы.** Кардиореспираторное мониторирование (КРМ) проведено на базе Медицинского Центра «XXI век» (Санкт-Петербург). В исследовании участвовали 30 детей в возрасте от 3-х до 11 лет с предполагаемым диагнозом СОАГС. Из них 40% (12 человек) предъявляли жалобы на храп, шумное дыхание, остановки дыхания в ночное время. У 21 ребенка (66%) отмечалась аденонозиллярная гипертрофия, сочетавшаяся в ряде случаев с аллергическим ринитом (16%), бронхиальной астмой и ожирением 1-2 степени экзогенно-конституционального генеза (13%). У всех детей на ЭКГ покоя были зарегистрированы нарушения ритма сердца (выраженная синусовая аритмия, синусовая брадиаритмия, миграция водителя ритма в пределах предсердий, замещающий предсердный ритм, суправентрикулярная и желудочковая экстрасистолия, сино-атриальная блокада 2 ст.). Ретроспективный анализ историй болезни показал, что у 53% детей (16 человек) отмечалась патология со стороны нервной системы (астено-невротический синдром, тики, энурез, цефалгии, СДВГ диссомнии, синкопальные состояния, энкопрез, диспраксия, бруксизм). У 2-х детей (6,6%) была обнаружена ГЭРБ. КРМ осуществлялось монитором «КАРДИОТЕХНИКА-07-3/12Р» (Инкарт) с регистрацией пневмограммы, спирограммы, пульсоксиметрии (в течение ночного сна) и 12 отведений ЭКГ (в течение суток).

**Результаты.** СОАГС по данным КРМ был подтвержден в 93% случаев (28 человек) (индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ) превышал 1). У 70% (21 ребенок) степень СОАГС была легкой (ИАГ не превышал 5), у 23% (7 человек) — среднетяжелой (ИАГ  $> 5$ , максимально — 13). Эпизоды десатурации (максимально — 8,5%) отмечались у всех пациентов с СОАГС. Для детей с СОАГС было характерно наличие в ночное выраженной синусовой аритмии: сменяющих друг

друга эпизодов умеренной синусовой тахикардии (98-120 уд/мин) и синусовой брадикардии (до 55-42 уд/мин). В большинстве случаев такие эпизоды хронологически совпадали с регистрацией апноэ/гипопноэ. Количество «клинически значимых» пауз ритма колебалось от 523 до 5225 в ночное время, наибольшая длительность паузы составила 1980 мс. У 4-х детей (14%) отмечались преимущественно ночные наджелудочковые экстрасистолы (одиночные, парные, групповые) и одиночные желудочковые у 2-х детей (7%), АВ-блокада 1 степени в течение 5-8 часов ночного сна регистрировалась в 45% случаев, эпизоды АВ-блокады 2 ст. отмечались у 2-х детей (7%).

**Заключение:** Ведущую роль в патогенезе СОАГС у детей 3-11 лет играют аденоидные вегетации, аллергический ринит, ожирение и ГЭРБ. Учитывая высокую распространенность среди таких детей нарушений ритма и проводимости сердца, патологии нервной системы существует необходимость диагностики у них СОАГС, выработки мер по профилактике и лечению у врачей различных специальностей.

### 057 ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Бродовская Т. О., Гришина И. Ф., Серебrenников Р. В.

ГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург, Россия  
tbrod80@gmail.com

К настоящему времени накоплено достаточное количество эпидемиологических данных, доказывающих негативное влияние синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) на сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность. Вместе с тем, данные об электрофизиологическом ремоделировании сердца крайне противоречивы.

**Цель.** Оценить электрофизиологические особенности ремоделирования сердца у пациентов с СОАС.

**Материал и методы.** Обследовано 71 пациент мужского пола, средний возраст  $39,3 \pm 7,1$  лет. Сформированы 2 группы, основную группу составил 41 пациент с СОАС, группа контроля представлена 30 здоровыми лицами. Всем пациентам проведено общеклиническое исследование, кардиореспираторное мониторирование, изучалась вариабельность сердечного ритма, продолжительность интервала QT, поздние желудочковые потенциалы и микроальтернация зубца Т.